

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträger	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Eingangsdatum
Ausgangsdatum



**INSTITUT FÜR PATHOLOGIE
AM KLINIKUM WEIDEN**

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Johannes Giedl
PD Dr. med. David Wachter
Christian Giedl, Facharzt

Postfach 1560 · 92605 Weiden
Kurfürstenstr. 34A · 92637 Weiden

Tel. 0961 390 40 0

Fax 0961 31026

Mail info@pathologie-weiden.de

Ambulant:

Kasse (Bitte Überweisung)

Privat

_____ (Versicherung)

Stationär:

Regelleistung

Wahlleistung / Arzt

Belegärztlich

Stempel und Unterschrift des Einsenders

Entnahmedatum

Antrag gynäkologische Zytologie

Zusatzuntersuchung: ThinPrep HPV _____

Klinischer Befund:

Alterskategorie 20-29 Jahre 30-34 Jahre ab 35 Jahre

HPV-Impfung vollständig unvollständig keine unklar

HPV-HR-Testergebnis liegt nicht vor liegt vor aus

J	J
---	---

 positiv negativ nicht verwertbar

Gyn. Diagnose _____

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales nein ja Welche? _____ Wann? _____

Jetzt: Letzte Periode

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 nein ja

Gravidität ja nein

Path. gynäkologische Blutungen ja nein

Sonstiger Ausfluss ja nein

IUP ja nein

Ovulationshemmer ja nein

Sonstige Hormon-Anwendung ja nein

Welche? _____

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund:

Endozervikale Zellen vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora

Trichomonaden Candida Gardnerella

Gruppe: _____

Bemerkungen: _____

HPV-HR-Testergebnis

positiv, wenn ja: -HPV-Typ 16/18 vorhanden ja nein

negativ

nicht verwertbar

Zusammenfassende Empfehlung:

ggf. klinische Kontrolle des Endometriums

zytologische Kontrolle nach Entzündungsbehandlung nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-Test

Abklärungskolposkopie

Wiederholung der Untersuchung bei nicht repräsentativ zu wertendem Ausstrich

Zeitraum in _____ Monaten sofort

_____ Unterschrift